

## Anmeldebogen mit Anamnese

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Für ein optimales Behandlungsergebnis ist die gewissenhafte Beantwortung der Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht des Zahnarztes sowie es gesamten Teams. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

### Patient

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Hauptversicherter (Falls nicht Patient selbst)

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Kontakt

Telefon (privat): \_\_\_\_\_  
Mobil: \_\_\_\_\_  
E-Mail (privat): \_\_\_\_\_

### Rechnungsempfänger (Falls nicht Patient selbst)

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr behandelnder Zahnarzt oder Überweiser?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Haben Sie einen Hausarzt?  
Wenn ja, welchen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bestehen gesundheitliche Risiken?  Ja  Nein

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie ...

eine Magen-/Darmerkrankung?  Ja  Nein

eine Herz-/Kreislaufkrankung?  Ja  Nein

Gerinnungsstörungen?  Ja  Nein

einen hohen Blutdruck?  Ja  Nein

einen niedrigen Blutdruck?  Ja  Nein

Diabetes?  Ja  Nein

eine Nierenerkrankung?  Ja  Nein

grünen Star?  Ja  Nein

Hatten Sie eine Krebserkrankung?  Ja  Nein

Haben Sie jemals Bisphosphonate bekommen (z.B. Osteoporose oder im Rahmen einer Krebserkrankung)?  Ja  Nein

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?  Ja  Nein

Sind Sie schwanger?  Ja  Nein

Wenn ja, in welcher Woche? \_\_\_\_\_

Leiden Sie an einer Allergie?  Ja  Nein

Falls ja, an welcher? \_\_\_\_\_

Leiden Sie ...

an Osteoporose?  Ja  Nein

an einer Schilddrüsenerkrankung?  Ja  Nein

unter Migräne?  Ja  Nein

an Rheuma/Arthrose?  Ja  Nein

Liegt bei Ihnen ...

eine Infektionskrankheit vor?  Ja  Nein

HIV  Hepatitis B  Hepatitis C

Sonstige: \_\_\_\_\_

Autoimmunerkrankungen?  Ja  Nein

Nehmen Sie Medikamente ein?

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_  
(Bitte ggf. Medikamentenliste beifügen)

Rauchen Sie?  Ja  Nein

Wir möchten sie darauf hinweisen das laut Paragraf 615BGB nicht eingehaltene Op-Termine in Rechnung gestellt werden können. **Daher bitten wir sie Termine fristgerecht 48h vorher telefonisch oder per E-Mail abzusagen.**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.  
Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine behandlungsbezogenen Daten ausschließlich für den Zweck der ärztlichen/zahnärztlichen Behandlung praxisintern gespeichert und an die mitbehandelnden Ärzte, Zahnärzte oder Labore weitergegeben werden dürfen. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Hamburg, den \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_